

Feuille médicale de prescription MONKEYPOX VIRUS



Date de prélèvement :

□□ / □□ / □□□□



PATIENT(E)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : □□□□ □□□□ Sexe : F M

(Ou coller l'étiquette du patient)

PRESCRIPTEUR

Nom :

Prénom :

Tél : □□ □□□□ □□□□

Email :

NATURE DU PRÉLÈVEMENT

- Écouvillonnage de lésions cutanées
- Prélèvement génital femme
- Écouvillonnage anal
- Prélèvement génital homme
- Prélèvement ORL
- Écouvillonnage autre

*N.B. : les prélèvements réalisés par écouvillonnage doivent être déchargés en milieu de transport virologique type M4RT, Virocult, UTM ou VTM.
Ne pas utiliser de milieu type APTIMA ou UVE.*

Contact

Service de la Relation Client

@ src@lab-cerba.com 📞 +33 (0)1 34 40 20 20 | +33 (0)1 34 40 21 29 (fax) www.lab-cerba.com

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début des symptômes :

□□ / □□ / □□□□

- Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) :
- Présence de lésions cutanées
- Présence de lésions génitales
- Présence de ganglions
- Anorectite/rectorragie
- Autres (préciser) :

Groupe ou contact à risque :

Contact* avec cas positif oui non

* Contact étroit prolongé (exemple : relation sexuelle, contact intrafamilial, etc...)

Pratique sexuelle à risque oui non

Autre :

Informations complémentaires :

Vaccination anti-variolique : oui non

Immunodépression : oui non

Contact avec des animaux : oui non

Voyage (retour <15j) : oui non

